

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	全く使わ ない	ほとんど 使わない	ときどき 使う	よく使う	日常的に 使う	回答者数	全く必要 でない	あまり必 要でない	どちらとも いえない	必要で ある	非常に必 要である
.31 境界型	234	4	12	24	35	24	232	1	3	13	50	34
F60.4 演技性パーソナリティ障害	232	8	24	37	16	16	230	1	3	15	54	27
F60.5 強迫性パーソナリティ障害	234	8	24	34	18	16	230	1	3	15	57	25
F60.6 不安性[回避性]パーソナリティ障 害	234	6	18	38	21	17	232	1	3	11	59	26
F60.7 依存性パーソナリティ障害	233	7	21	39	18	15	230	1	3	13	57	25
F60.8 他の特定のパーソナリティ障害	233	15	34	31	9	10	230	4	9	23	49	16
F60.9 パーソナリティ障害、特定不能の もの	234	15	32	30	11	12	232	3	7	25	47	17
F61 混合性および他のパーソナリティ 障害	234	20	37	26	10	7	231	6	10	38	35	12
F61.0 混合性パーソナリティ障害	233	20	38	25	10	7	230	6	10	38	36	11
F61.1 問題を起こしやすすいパーソナリテ イ変化	233	24	43	21	6	5	230	6	12	41	34	7
F62 持続的パーソナリティ変化、脳損 および及び脳疾患によらないもの	234	27	42	21	4	6	232	6	10	42	34	8
F62.0 破局的体験後の持続的パーソナリ ティ変化	233	27	46	18	3	6	231	6	10	42	35	7
F62.1 精神科病的疾病後の持続的パーソ ナリティ変化	233	30	44	18	3	6	231	6	10	42	34	7
F62.8 他の持続的パーソナリティ変化	233	31	47	13	3	6	231	6	12	46	30	6

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	全く使わない	ほとんど使わない	ときどき使う	よく使う	日常的に使う	回答者数	全く必要でない	あまり必要でない	どちらともいえない	必要である	非常に必要である
F62.9 持続的パルソナリテイ変化、特定不能のもの	233	33	45	14	3	6	231	6	12	47	29	6
F63 習慣及び衝動の障害	230	16	31	34	9	10	231	3	3	29	49	15
F63.0 病的賭博	233	18	33	31	12	6	232	3	3	28	52	13
F63.1 病的放火[放火癖]	233	27	41	23	5	4	232	4	3	30	50	13
F63.2 病的窃盗[窃盗癖]	232	25	39	25	6	5	231	4	3	29	50	13
F63.3 抜毛症(抜毛癖)	232	15	25	40	13	7	232	3	2	26	54	16
F63.8 他の習慣および衝動の障害	230	27	45	20	4	4	227	6	8	43	37	7
F63.9 習慣および衝動の障害、特定不能のもの	232	28	44	20	3	4	227	6	8	45	34	7
F64 性同一性障害	233	13	32	36	7	12	230	2	4	18	53	23
F64.0 性転換症	234	26	38	23	6	7	229	2	7	29	47	15
F64.1 両性役割服装倒錯症	233	31	44	16	5	4	233	31	44	16	5	4
F64.2 小児期の性同一性障害	233	33	42	16	6	4	230	4	7	32	46	11
F64.8 他の性同一性障害	233	34	43	15	4	3	230	4	10	36	41	9
F64.9 性同一性障害、特定不能のもの	233	33	41	18	4	4	230	4	8	36	40	11
F65 性嗜好の障害	233	30	45	16	5	3	233	6	7	39	40	9

参考資料 3

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	全く使わ ない	ほとんど 使わない	ときどき 使う	よく使う	日常的に 使う	回答者数	全く必要 でない	あまり必 要でない	どちらとも いえない	必要で ある	非常に必 要である
F65.0 フェイシズム	234	35	42	16	4	3	232	6	8	43	37	6
F65.1 フェイシズム的服装倒錯症	233	36	47	11	4	3	232	6	9	45	34	6
F65.2 露出症	233	35	45	14	3	2	232	6	8	44	37	6
F65.3 窃視症	233	36	47	12	3	2	232	6	8	44	36	6
F65.4 小児性愛	233	36	45	13	4	3	232	6	9	41	39	6
F65.5 サドマゾヒズム	233	37	45	12	4	2	232	6	9	42	36	6
F65.6 性嗜好の多重障害	233	38	47	11	3	2	232	7	10	44	34	5
F65.8 他の性嗜好の障害	233	39	46	11	3	2	232	7	11	44	32	5
F65.9 性嗜好の障害、特定不能のもの	233	39	45	11	3	2	232	7	10	45	32	5
F66 性発達および方向づけに関連した 心理および行動の障害	234	40	41	11	5	3	233	8	11	44	31	6
F66.0 性成熟障害	233	42	42	11	3	2	232	8	12	46	29	4
F66.1 自我異和的な性の方向づけ	233	45	40	11	3	2	232	8	12	47	29	4
F66.2 性関係障害	233	43	44	9	2	2	232	8	12	46	30	4
F66.8 他の心理的性発達障害	232	45	44	8	2	2	232	8	12	48	28	4
F66.9 心理的性発達障害、特定不能のもの	231	44	43	9	2	2	232	8	12	48	28	4

第 5 桁の数字は以下の関連を示す
ために用いる：

	使用頻度 (%)					必要性 (%)						
	回答者数	全く使わ ない	ほとんど 使わない	ときどき 使う	よく使う	日常的に 使う	回答者数	全く必要 でない	あまり必 要でない	どちらとも いえない	必要で ある	非常に必 要である
F66.x0 異性愛	232	47	39	9	3	2	232	10	14	44	28	5
F66.x1 同性愛	233	42	39	14	3	2	232	9	10	44	31	6
F66.x2 両性愛	233	44	39	12	3	2	232	9	10	44	31	5
F66.x8 その他、前思春期的なものを含む	232	47	42	8	3	1	231	9	13	49	26	4
F68 他の成人のパーソナリティおよび行動の障害	234	35	41	15	6	3	232	7	9	43	34	7
F68.0 心理的理由による身体症状の発展	234	35	41	15	6	3	232	7	9	43	34	7
F68.1 症状あるいは能力低下の意図的産出あるいは偽装、身体的あるいは心理的なもの [虚偽性害]	233	37	42	14	4	3	231	7	8	45	34	5
F68.8 他の特定の成人のパーソナリティおよび行動の障害	233	33	33	21	6	6	198	8	7	53	28	5
F69 特定不能の成人のパーソナリティおよび行動の障害	202	33	41	17	4	5	200	6	7	54	28	6
F7 精神遅滞 [知的障害]												
F70 軽度精神遅滞 [知的障害]	213	3	4	15	33	46	210	1	0	7	40	51

	使用頻度 (%)					必要性 (%)						
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F71 中度[中程度]精神遅滞 [知的障害]	213	3	5	18	31	43	211	1	0	7	41	50
F72 重度精神遅滞 [知的障害]	213	5	9	20	29	38	211	1	0	7	41	50
F73 最重度精神遅滞 [知的障害]	213	8	16	23	20	32	211	3	1	10	38	47
F78 他の精神遅滞 [知的障害]	212	22	36	17	12	13	209	5	7	28	33	28
F79 特定不能の精神遅滞 [知的障害]	213	22	35	21	11	11	211	6	7	30	32	25
第 4 桁の数字は、関連する行動障害の程度を特定するために用いる；												
F7x.0 行動上の機能障害がないか軽微なもの	211	3	1	10	38	47	211	3	1	10	38	47
F7x.1 介助あるいは治療を要するほど顕著な行動障害	211	3	1	10	38	47	211	5	7	33	36	18
F7x.8 他の行動障害	212	26	32	23	10	9	210	6	8	37	34	15
F7x.9 行動上の機能障害についての言及がないもの	212	29	32	21	9	9	211	8	9	37	30	15

F8 心理的発達障害

	使用頻度 (%)					必要性 (%)						
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F80 会話および言語の特異的発達障害	218	31	42	18	4	6	214	4	4	35	44	13
F80.0 特異的会話構音障害	218	35	43	16	3	4	214	4	5	39	43	9

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F80.1 表出性言語障害	216	34	43	17	2	4	214	4	5	38	44	10
F80.2 受容性言語障害	218	36	42	16	2	4	214	4	5	40	43	9
F80.3 てんかんに伴う後天性失語(症)[ランドウ・クレフナー 症候群]	218	42	43	10	3	3	213	4	6	41	40	9
F80.8 他の会話および言語の発達障害	55	29	38	22	4	7	54	6	4	41	39	11
F80.9 会話および言語の発達障害、特定不能のもの	218	39	43	13	2	3	212	4	6	45	36	8
F81 学力の特異的発達障害	218	26	33	28	6	8	213	2	4	28	50	15
F81.0 特異的読字障害	217	29	38	23	5	6	214	2	4	31	49	14
F81.1 特異的綴字(書字)障害	217	29	38	23	5	6	214	2	4	32	48	14
F81.2 特異的算数能力障害(算数能力の特異的障害)	217	29	37	24	4	6	214	2	4	33	48	13
F81.3 学力の混合性障害	215	33	39	18	5	5	213	4	5	37	43	11
F81.8 他の学力発達障害	53	30	30	26	4	9	57	5	4	32	42	18
F81.9 学力の発達障害、特定不明のもの	217	35	41	16	4	3	213	5	5	41	38	10
F82 運動機能の特異的発達障害	218	30	47	16	3	5	217	4	8	40	38	11
F83 混合性特異的発達障害	217	34	45	14	3	4	217	4	6	45	35	9

	使用頻度 (%)					必要性 (%)						
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F84 広汎性発達障害	217	8	10	29	24	29	216	2	1	8	52	37
F84.0 小児自閉症	218	13	16	34	18	19	217	3	1	11	53	32
F84.1 非定型自閉症	218	20	30	28	10	12	217	4	2	19	53	22
F84.2 レット症候群	218	25	39	22	8	6	217	2	2	20	55	21
F84.3 他の小児期崩壊性障害	215	36	39	16	4	5	217	4	4	32	43	18
F84.4 精神遅滞 (知的障害) および常同運動に関連した過動性障害	218	26	34	24	8	7	216	5	5	28	46	16
F84.5 アスペルガー症候群	218	6	12	33	25	24	217	1	1	8	54	35
F84.8 他の広汎性発達障害	217	20	24	27	17	12	216	5	3	18	53	22
F84.9 広汎性発達障害、特定不能のもの	217	18	21	27	21	12	217	4	2	20	50	24
F84 広汎性発達障害	69	13	14	32	25	16	69	3	0	10	54	33
F84.0 小児自閉症	68	22	16	26	21	15	68	4	1	12	53	29
F88 他の心理的発達障害	218	33	41	17	4	4	217	8	9	38	35	10
F89 特定不能の心理的発達の障害	217	33	42	17	5	4	216	8	9	40	33	10

F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	日常的に 使う	よく使う	ときどき 使う	ほとんど 使わない	全く 使わない	回答者数	非常に必 要である	必要で ある	どちらとも いえない	あまり必 要でない	全く必要 でない
F90 多動性障害	218	10	19	36	15	20	215	1	1	10	57	31
F90.0 活動性および注意の障害	217	15	24	31	14	16	215	3	4	16	52	26
F90.1 多動性行為障害	217	18	26	31	12	13	215	2	4	20	51	23
F90.8 他の多動性障害	216	22	39	22	9	7	215	4	5	28	47	16
F90.9 多動性障害、特定不能のもの	215	24	37	24	8	7	214	4	5	28	48	15
F91 行為障害	218	15	25	35	11	15	215	3	2	17	56	23
F91.0 家庭限局性行為障害	217	27	36	23	8	6	215	5	5	31	47	13
F91.1 個人行動型（非社会化型）行為障害	217	29	37	23	5	5	215	5	7	33	45	12
F91.2 集団行動型（社会化型）行為障害	217	29	37	24	5	5	215	5	6	33	45	12
F91.3 反抗挑戦性障害	217	24	33	26	9	7	215	3	4	30	48	14
F91.8 他の行為障害	217	31	40	19	5	5	215	5	8	36	41	10
F91.9 行為障害、特定不能のもの	217	27	41	21	6	6	215	5	7	36	42	11
F92 行為および情緒の混合性障害	218	30	37	19	6	8	214	7	6	36	41	11
F92.0 抑うつ性行為障害	217	34	39	18	6	4	215	7	6	42	37	8

	使用頻度 (%)			必要性 (%)								
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F92.8 他の行為および情緒の混合性障害	217	34	40	18	4	5	215	7	7	41	37	8
F92.9 行為および情緒の混合性障害、特定不能のもの	217	35	40	18	3	5	215	7	7	43	36	8
F93 小児期に特異的に発症する情緒障害	217	25	35	21	8	12	216	3	3	30	45	19
F93.0 小児期の分離不安障害	217	24	33	27	8	8	216	2	5	31	45	17
F93.1 小児期の恐怖症性不安障害	217	26	37	23	6	7	216	3	5	35	44	14
F93.2 小児期の社会（社交）不安障害	215	27	37	21	7	8	216	3	3	36	43	14
F93.3 同胞葛藤症	217	32	40	18	6	4	216	3	5	43	39	10
F93.8 他の小児期の情緒障害	216	31	44	16	5	4	216	4	6	44	36	10
F93.9 小児期の情緒障害、特定不能のもの	215	32	44	15	6	4	216	4	5	45	36	10
F94 小児期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害	217	24	30	23	12	12	216	3	3	26	48	19
F94.0 選択性緘黙	217	22	22	31	12	12	216	2	3	26	48	20
F94.1 小児期の反応性愛着障害	217	29	35	19	9	8	216	4	6	36	40	14
F94.2 小児期の脱抑制性愛着障害	217	32	38	16	7	7	216	4	6	40	39	12
F94.8 他の小児期の社会的機能の障害	217	33	41	17	4	5	216	5	6	42	38	8
F94.9 小児期の社会的機能の障害、特定不能のもの	217	33	40	17	5	6	216	5	6	42	37	10

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F95 チック障害	216	13	19	37	12	20	216	1	2	13	57	26
F95.0 一過性チック障害	217	19	23	34	10	14	215	2	3	20	54	21
F95.1 慢性運動性または音声チック障害	217	19	22	32	12	15	215	3	2	20	53	21
F95.2 音声および多発運動性の合併したチック障害[ドウ・ラ・トゥレット症候群]	216	16	28	32	11	13	213	2	3	19	54	23
F95.8 他のチック障害	215	27	42	19	6	6	215	6	6	37	41	11
F95.9 チック障害、特定不能のもの	216	26	45	19	5	5	215	5	6	37	41	11
F98 小児期及び青年期に通常発症する他の行動および情緒の障害	214	22	41	19	7	11	213	2	5	28	50	15
F98.0 非器質性遺尿症	216	26	40	23	5	6	215	2	5	30	51	12
F98.1 非器質性遺棄症	216	28	44	19	4	5	215	3	5	32	49	11
F98.2 乳幼児期及び小児期の哺育障害	216	33	45	15	2	4	215	3	6	38	43	9
F98.3 乳幼児期及び小児期の異食症	216	33	45	15	3	4	215	3	6	37	47	8
F98.4 常同運動障害	216	33	41	18	4	4	215	4	5	35	47	10
F98.5 吃音(症)	216	21	33	29	8	9	214	2	3	24	55	15
F98.6 早口症	214	34	48	13	2	3	214	5	6	43	39	7
F98.8 他の小児期および青年期に通常発症する特定の行動および情緒の障害	215	35	42	15	4	3	214	5	7	42	38	7

参考資料 3

	使用頻度 (%)				必要性 (%)							
	回答者数	日常的に使う	よく使う	ときどき使う	ほとんど使わない	全く使わない	回答者数	非常に必要である	必要である	どちらともいえない	あまり必要でない	全く必要でない
F98.9 小児期および青年期に通常発症する特定不能の行動および情緒の障害	215	34	42	15	4	4	214	5	7	42	38	8
F99 精神障害、他に特定できないもの	216	38	38	19	1	4	216	6	8	38	37	10

平成 20 年度 分担研究報告書

診断基準の構造上の問題点の検討

染矢俊幸

診断基準の構造上の問題点の検討

分担研究者 染矢俊幸 新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野教授

研究要旨

ICD-11 に向けて、現在の精神科診断基準の構造上の問題点について、わが国の専門家の意見を集約する目的で本調査を行った。その結果、ICD-11 の新しい大分類は概ね受け入れられているが、双極性障害・精神病性障害の診断モデル、診断基準における機能・能力障害の記載については見直しが必要であると考えられた。

A. 研究目的

世界保健機構（WHO）が第 10 回国際疾病分類（ICD-10）を発刊してから、既に 20 年近くが過ぎた。米国精神医学会の精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM）の普及ともあいまって、今や操作的診断基準はわが国の精神科医にも広く受け入れられている（Someya et al., 2001）。現在 2015 年の ICD-11 に向けて改訂作業が行われており、これまでに国内外で専門家による会議が繰り返されて、そこで様々な ICD の構造上の問題点が指摘された（丸田ら、2008）。日本精神科診断学会においても、第 27 回、28 回の両学術集會にてシンポジウムを開催し、ICD-11 にむけての議論・検討を重ねてきた。その中で、ICD-11 の新しい大分類、双極性障害における DSM と ICD の相違およびその位置づけ、精神病性障害の診断モデル、および精神科診断基準における機能障害・能力障害についての問題点、うつ病エピソード重症度の妥当性及び閾値下障害の取り扱いについての問題が指摘された。ICD-11 の改訂に向けて、これらの問題点について国内の精神科診断学の専門家の意見を集約することを目的に本研究を行った。

B. 研究方法

ICD の構造に関するアンケートを、日本精神科診断学会の全評議員 146 名に郵送にて配布し、52 名から返答が得られた（回収率 36%）。アンケートでは、1) ICD-11 の大分類について、2) 双極 II 型障害の分類について、3) 単一躁病エピソードの分類について、4) 双極性障害の位置づけについて、5) 統合失調感情障害のモデルについて、6) 精神病性障害の診断分類におけるカテゴリー方式と次元方式の是非について、7) 診断基準における精神疾患の機能障害・能力障害についての項目を設けた（表 1）。8) うつ病エピソード重症度の妥当性及び閾値下障害の取り扱いについては、アンケート形式での検討が困難であったため、文献的考察を行った。

C. 研究結果

1) ICD-11 の大分類について

ICD-11 における 5 つの大分類、Neurocognitive Disorders（神経認知的障害）、Neurodevelopmental Disorders（神経発達の障害）、Psychoses（精神病群）、Emotional Disorders（感情障害）および Externalizing Disorders（外面化障害）が、わが国の臨床現場にも受け入

れられるかという質問項目に対して、「はい」が65% (n=34)、「いいえ」が27% (n=14)、「無回答」が8% (n=4)であった。「はい」の理由としては、「最近の研究結果および実地臨床とよくあっている」、「より生物学的な観点から疾患を分類できる」、「これまでの10分類は多すぎた」、「ICD-10はいわゆる従来診断の枠組みを十分に払拭されていないため、診断の操作性が十分に保たれないので不満足なものだった」等の積極的な意見も見られたが、これらは1割程度と少数で、大多数は「決まったことなので仕方がない」、「慣れるしかない」といった回答であった。

「いいえ」の理由としては、「外面化障害が分かりづらく混乱が予想される」、「神経症概念の解体が受け入れられない。分類が困難で不明瞭」等、外面化障害と神経症の位置づけについてのものが大半であった。

2) 双極Ⅱ型障害について

双極Ⅱ型障害は、DSMでは独立した疾患単位として診断されているが、ICDではその他の双極感情障害 (F31.8) に含まれており、DSMとICDの間に解離がある。ICDでも双極Ⅱ型障害を独立した単位として診断すべきかという質問項目に対して、「はい」が67% (n=35)、「いいえ」が33% (n=17)であった。

「はい」の理由として、「双極Ⅱ型障害の症例を、临床上多く経験する」、「臨床現場での有用性が高い」、「治療が変わってくる」等、臨床に則した意見が多かった。また、「周期性感情障害概念の確立が必要である」、「spectrum disorderとした上で、Ⅰ型、Ⅱ型と分ける意義はある」、「物質誘発性はどうか」といった診断体系の見直しについての意見も少数ながら見られた。

「いいえ」の理由については、「双極Ⅱ型障害と診断するには、長い経過をみる必要がある」といったⅠ型とⅡ型の移行の問題を指摘する

意見が大半であった。

3) 単一躁病エピソードについて

躁病エピソードのみの病態は、DSMでは双極Ⅰ型障害に含まれるが、ICDではその他の双極感情障害に含まれる。ICDでも単一躁病エピソードを双極Ⅰ型障害に含めるべきかという質問に対しては、「はい」が61% (n=32)、「いいえ」が35% (n=18)、「無回答」が4% (n=2)であった。

「はい」の理由については、「DSMと統一すべき」、「治療の必要性について説明しやすい」、「生物学的基盤が同じである」等の意見がみられた。

「いいえ」については、設問2同様に「長い経過をみないと判断できない」との指摘が多かった。

4) 双極性障害の診断カテゴリーについて

現在、双極性障害は、DSMとICDのいずれにおいても、気分 (感情) 障害のカテゴリーに含まれているが、最近は精神病性障害に含めるべきといった議論もある。双極性障害が含まれるべき診断カテゴリーはどちらが適切かという質問に対して、「気分 (感情) 障害」が85% (n=44)、「精神病性障害」が12% (n=6)、「無回答」が4% (n=2)であった。

「気分 (感情) 障害」の理由としては、「症候学的には気分障害である」、「自我障害が精神病の本態と考えるので、自我障害のない双極性障害を入れるのは反対」といった症候学に関する指摘と、「画像研究で、統合失調症と病態が異なることが分かっている」、「薬剤反応性が異なる」等の生物学的側面に関する指摘に分かれた。また「精神病という用語がスティグマを生む」といった理由もみられた。

「精神病性障害」の理由としては、「生物学的な知見から」、「先行研究のデータより」といった過去の分子遺伝研究に基づく意見が多かった。

5) 統合失調感情障害について

統合失調感情障害は、DSM においても ICD においても独立した単位として扱われている。しかし、統合失調症あるいは気分障害との境界については議論があるが、いずれのモデル(表 1)が適切であるかとの質問に対して、「(1) 統合失調症と感情障害にそれぞれ気分症状と精神病性症状を伴うもの」が 27% (n=14)、「(2) 統合失調症と感情障害を合併しているもの」が 42% (n=22)、「(3) 特定の病態生理をもち分類学的に独立したもの」が 19% (n=10)、「その他および無回答」が 12% (n=6)であった。

(1) の理由としては、「時期により病状が移行するから」、「両症状の混合には色々な段階がある」等であった。(2) の理由としては、「(1) なら統合失調感情障害というカテゴリーはいらない。(3) ならさらに統合失調症-統合失調感情障害と統合失調感情障害-感情障害の境界が生じてしまう」、「まさに合併という例をよく見かける」等であった。(3) の理由は「研究的に病態などが検討しやすい」、「境界を決めることは難しい作業であり、従来どおり独立したものとしたほうが臨床上混乱が少ない」等であり、また(1)から(3)すべてにおいて「従来の非定型精神病に当てはまる」との意見がみられた。その他、「統合失調感情障害の中に 1, 2, 3 の特定を入れてみては」、「(2) と (3) の両方が存在する」との意見もあった。

6) 精神病性障害の次元方式について

現在、DSM においても ICD においても精神病性障害の診断分類にはカテゴリー方式が採用されているが、次元方式を採用すべきだとする意見もあり議論になっている。これに関連して精神病性障害の診断分類にはどちらの方式を採用するのが適切かという質問に対しては、「カテゴリー方式」が 71% (n=37)、「次元方式」が 12% (n=6)、「両方」が 6% (n=3)、「

無回答」が 12% (n=6)であった。

「カテゴリー方式」の理由としては、「現時点では次元方式を採用するエビデンスがない」、「カテゴリー方式の方が使用しやすい」といったものが大半であった。

「次元方式」の理由では、「多様性を重視した場合、次元方式が現実的」、「精神病理、生物学的研究、治療反応性など、疾患を捉える妥当性に優れている」等が挙げられ、また「無回答」の中にも「いずれは次元方式となるだろう」との意見があった。

さらに、次元方式と答えた者には必要と思われる次元数についての回答も求めた。その結果、3つが 60%、5つが 40%であった。具体例としては、「時間軸(臨床経過と診断分類に入れるのに必要)、症状深度(社会機能との関わりを入れる尺度)、精神内界の荒廃の程度を示す尺度」、「陽性、陰性、感情」が挙げられていた。

7) 精神疾患における機能障害、能力障害について

DSM に記載されている疾患の約 7 割において、社会的または職業的機能の低下について言及されているが、ICD-10 においてはその記載率は約 3 割にとどまっている。この問題について、自由記述式に回答を求めた。その結果、「言及すべき」という意見が 63%と過半数をしめた。その他では、「今のままでよい」という意見が 10%であり、少数意見としては「ICD では国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-(ICF)を併用することでこの問題を解決できる」との意見や「疾患による」、「早期診断・早期治療を推進している立場としては、機能低下にこだわるべきではない」等の意見がみられた。

8) うつ病エピソード重症度の妥当性及び閾値下障害の取り扱いについて

この問題については文献的考察による検討

を行った。詳細は以下の考察にて記す。

D. 考察

現在の ICD の構造上の問題点について、わが国の専門家の意見を集約する目的で本調査を行った。

ICD-11 に向けての大きな変化として、診断大分類の再編成が挙げられる。本調査の結果、この変化は積極的にではないものの概ね受け入れられているようである。しかしながら、Externalizing Disorders (外面化障害) のような新しい概念は一般に馴染みがうすく、導入の際には詳細な説明が必要と思われる。

また、DSM と ICD で解離がある双極 II 型障害と単一躁病エピソードについても調査を行った。いずれの疾患概念についても、ICD の記載を DSM に近づける/統一すべきとの意見を 6 割程度認めたが、双極 II 型障害の独立性を疑問視する意見や単一躁病の存在を重視して現状のままとどめるべきという意見も少数ながらみられた。また、双極性障害を、気分 (感情) 障害と精神病性障害のいずれに分類すべきかという議論については、わが国の専門家の方が気分 (感情) 障害と回答していた。最近の分子遺伝研究の成果を根拠に精神病性障害と回答したものは、1 割にとどまった。今後、双極性障害を精神病性障害に含めるといった動向もあるが、まだまだ検討が必要な事項であり、わが国の精神科医にはまだ十分に受け入れられてはいないと考えられる。

精神病性障害については、統合失調感情障害の病態モデルと診断分類に関する質問を設けた。統合失調感情障害の病態モデルについては、回答が大きく割れ診断学の専門家においても病態の認識が困難である疾患概念であることが示唆された。現在の診断基準が分かりにくいものである可能性があり、診断基準の見直しが必要かもしれない。精神病性障害

の診断分類に次元方式を採用すべきだという議論に対する回答は、現時点では次元方式を採用するエビデンスが乏しいため、カテゴリー方式を継続すべきとの意見が大半であった。

精神科診断基準における社会的または職業的機能の低下の記載の必要性についての質問については、6 割程度が言及すべきと回答していた。しかしながら、ICD においては ICF を用いて、これらの機能の評価が可能である。今後は、ICD においてこの点を強調していく必要があると考えられる。

うつ病エピソードの妥当性については、過去の大規模調査において、ICD-10 のうつ病エピソードの重症と診断された患者は軽症とされた患者よりも再発率が 1.7 倍高く、自殺の可能性が 2.1 倍高かったと報告されている (Kessing et al., 2004)。このため、うつ病の重症度分類によって自殺及び再発率の予測が可能であると考えられる。また、同研究では、初回入院時に重症うつ病エピソードと診断された患者の 77.6% が再入院時にも気分障害と診断されたのに対し、初回に軽症うつ病エピソードとされた患者の 59.1% のみが再入院時に気分障害と診断されたと報告されており、重症度が高いほど診断の信頼性が高まるとしている。この結果からは重症度分類についてある程度の妥当性はあると考えられる。ただし、この他に ICD-10 のうつ病エピソードの重症度分類につき検討した論文は乏しく、さらなる検討が必要である。また、重症度と臨床効果の関連を検討する多くの研究は、HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) や MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) といった評価尺度を用いている (Bondolfi et al., 2006) が、ICD-10 の重症度分類とこれらの評価尺度の間に互換性がなく、ICD-10 にて重症度分類された対象をこれらの研究結果と照らし合わせる事が困難である。ICD-11 に向けて、HAM-D や MADRS 等の評価尺度と互換性のある重症度分類の確立

と、主観的な表現を取り除いた診断基準の作成が望まれる。

一方、閾値下の抑うつ性障害の取り扱いについて、ICD-10 では“うつ病エピソードの記述に適合しないが、全体的な診断的印象からその本質において抑うつと示唆されるエピソード”は、“他のうつ病エピソード”に含めるべきとされている。しかし“全体的な診断的印象”との表現は曖昧であり主観的判断が入りやすく、またその治療効果も十分に検討されてはいない。軽症うつ病や DSM における小うつ病性障害を対象にした研究では、抗うつ薬とプラセボの効果に差が見られなくなる報告 (Paykel et al., 1988, Barrett et al., 2001) が散見されており、うつ病エピソードを満たす群と閾値未満の障害では治療法が異なってくる可能性がある。今後、うつ病エピソードでは閾値未満となる障害にも定義付けを行い、さらなる治療効果の検討を行っていく必要があるだろう。

E. 結論

現在の精神科診断基準、特に ICD の構造上の問題点について、アンケートおよび文献的検討により、わが国の精神科診断学の専門家の意見を集約した。今後、本調査で明らかとなった問題点が改善され、診断基準がより有益なものに改変されていくことを期待したい。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

シンポジウム「ICD-11 に向けてアジア・日本からの提言」第 28 回日本精神科診断学会学術集会, 2008.10.10, 札幌

H. 知的財産権の出願・登録情報

特記事項なし

表 1. アンケートの内容

1. 診断の大分類についてお尋ねします。

ICD-10精神および行動の障害ではF0～F9の大分類が用いられていました。2008年12月にWHO本部で開催された会議にて、ICD-11においては、Neurocognitive Disorders（神経認知的障害）、Neurodevelopmental Disorders（神経発達の障害）、Psychoses（精神病群）、Emotional Disorders（感情障害）および Externalizing Disorders（外面化障害）の5つの大分類を基本にフィールド・トライアルを行うことが決定されました。

この5つの分類が、わが国の臨床現場にも受け入れられると思いますか？

はい いいえ

理由

2. 双極Ⅱ型障害についてお尋ねします。

DSM においては独立した単位として診断されますが、ICD ではその他の双極感情障害（F31.8）に含まれています。

ICD でも双極Ⅱ型障害を独立した単位として診断するべきと考えますか？

はい いいえ

理由

3. 単一躁病エピソードについてお尋ねします。

DSM においては双極Ⅰ型障害に含まれていますが、ICD ではその他の双極感情障害（F31.8）に含まれています。

ICD でも単一躁病エピソードを双極Ⅰ型障害に含めるべきと考えますか？

はい いいえ

理由

4. 双極性障害が含まれるべき診断カテゴリーについてお尋ねします。

DSM においても ICD においても双極性障害は気分（感情）障害に含まれていますが、精神病性障害に含めるべきだとする意見もあり議論になっています。

双極性障害が含まれるべき診断カテゴリーは以下のどちらが適切だと考えますか？

気分（感情）障害

精神病性障害

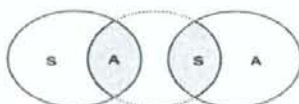
理由

5. 統合失調感情障害についてお尋ねします。

DSM においても ICD においても独立した単位として診断されます。しかし、統合失調症あるいは気分障害との境界については議論があり、下記の3つのモデルが提唱されています。

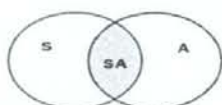
下記の3つのモデルの中でどれが最も適切だと考えますか？

Model 1



(1) 統合失調症と感情障害にそれぞれ気分症状と精神病性症状を伴うもの

Model 2



(2) 統合失調症と感情障害を合併しているもの

Model 3



(3) 特定の病態生理をもち分類学的に独立したもの

S：統合失調症/精神病症状

A：感情障害/気分症状

SA：統合失調感情障害

理由

6. 精神病性障害の次元方式についてお尋ねします。

(1) DSM においても ICD においても精神病性障害の診断分類にはカテゴリー方式が採用されていますが、次元方式を採用すべきだとする意見もあり議論になっています。

精神病性障害の診断分類には以下のどちらの方式を採用するのが適切だと考えますか？

カテゴリー方式

次元方式

理由

(2) 上記で次元方式とお答えになった方のみにお尋ねします。

必要だと考えられる次元の数と内容をお答えください。

数 個

内容

7. 精神疾患における機能障害、能力障害についてお尋ねします。

DSM に記載されている疾患の約7割において、社会的または職業的機能の低下について言及されていますが、ICD-10 においては約3割にとどまっています(例えば、ICD-10 の認知症、統合失調症、PTSD・GAD などの不安障害や身体表現性障害では社会的または職業的機能の低下についての記載はありません)。

この点について、ご意見をお聞かせください。

コメント